

# 在宅パーキンソン病患者の家族介護に対する認識 (1)

宮上多加子<sup>1</sup>・時長 美希<sup>2</sup>・井上 郁<sup>2</sup>

(1998年11月13日受付, 1998年11月30日受理)

## The Recognition of Persons with Parkinson's Disease for Family Caregiving (1)

Takako MIYAUE<sup>1</sup>, Miki TOKINAGA<sup>2</sup> and Iku INOUE<sup>2</sup>

(Received : November 13, 1998. Accepted : November 30, 1998)

### 要 約

家庭で介護を受けている高齢者が, 受けている介護についてどのように認識しているのかを明らかにすることを目的に, パーキンソン病を持つ高齢者12名に対して個別面接調査を行った。面接内容の分析により, 高齢者自身についての認識は6カテゴリー, 家族介護者についての認識は4カテゴリーに分類された。これらのカテゴリーの分析により, 在宅介護支援の方策として, 高齢者と家族の相互性を高めるケアと予防的な対応策の重要性が示唆された。

### I. はじめに

近年, 人口の高齢化と疾病構造の変化に伴い, 病気や障害を持ちながら生きる高齢者の数は年々増加している。また, わが国の保健医療対策が従来の施設ケア中心型から在宅ケア中心型へと移行するに従い, 家庭で家族の介護を受けながら生活する高齢者の数も増加すると予想される。これらの慢性疾患や障害を持つ高齢者を在宅で支えるための方策を探るには, まず家族介護の実態を多角的, 包括的に把握することが必要である。そのためには, 家族介護者を対象とした介護状況の分析に加えて, 介護を受けている高齢者自身の視点で介護状況をとらえることが不可欠となる。しかし, 既存の研究においては高齢者の立場から介護状況をとらえ分析した研究は少ない。そこで今回, 介護を受けている高齢者自身が, 受けている介護についてどのように認識しているのかを明らかにするために, パーキンソン病を持つ高齢者自身への個別面接調査を行った。

### II. 研究目的

我々の研究の目的は, 長期ケアの必要な慢性疾患を持った高齢者の家族介護の実態を多角的, 包括的に把握し, 高齢者と家族を支えるための方策を探ることである。今回の対象者として, 経年的に障害が進行し, 介護量が増加するという特徴のあるパーキンソン病をもつ在宅の高齢者を選択した。本報告では, 高齢者自身の介護状況に対する認識の中で, 高齢者自身と家族介護者についての認識を明らかにする。

### III. 文献検討

慢性疾患や障害を持った高齢者の家族介護に関する既存の研究の中から, 家族介護者と在宅被介護者に関して文献検討を行った。

#### 1. 家族介護者

家族介護者に関する研究の中で, 介護状況の実態を探るための研究は多くなされており<sup>1)~4)</sup>,

1 高知女子大学社会福祉学部社会福祉学科 Department of Social Welfare, Faculty of Social Welfare, Kochi Women's University

2 高知女子大学看護学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kochi Women's University

客観的に測定可能な指標として、年齢や健康状態といった被介護者の特性及び家族介護者や他の家族メンバーの特性を分析したものや、それらと医療・保健・福祉サービスの利用状況との関連をみたものがある。また、これらの状況を縦断的に分析することにより、介護状況の変化や家族介護の継続に関わる要因について明らかにしようとする試みもある<sup>5) 6)</sup>。

家族介護者そのものに焦点を当てた研究としては、介護者が介護状況を主観的にどのように認知しているかについて測定したもの、また、介護者の認知と被介護者の特性や他の要因との関連を分析したものがある。介護者の認知は、「ストレス」や「介護負担感」として、いわば介護に対する否定的な側面としてとらえられ、燃え尽き症候群の尺度のひとつであるMBI (Maslach Burnout Inventory) を適用したもの<sup>7)</sup>や、介護によって影響を受ける介護者の健康状態を端的に示す指標として疲労状況<sup>8)</sup>や抑うつ度<sup>9)</sup>を用いたもの、またZaritや中谷らによる介護負担感の尺度<sup>10)</sup>によって測定されている。また、成木ら<sup>11)</sup>は主観的な介護負担の構成要素を分析する試みを行っている。さらに、介護の肯定的な側面をとらえた要素としては「介護経験の社会化」「介護継続意志」「やりがい感」が取り上げられている<sup>12) 13)</sup>が、これらを測定する信頼性や妥当性のある測定用具を用いた研究は報告されていない。また、介護者と被介護者との関わりについては、これを相互作用<sup>14)</sup>や互酬性<sup>15)</sup>という視点からとらえた研究や、介護者による虐待に焦点をあて、介護者及び被介護者の特性や介護状況を分析したもの<sup>16)</sup>がある。

## 2. 在宅被介護者

在宅で介護を受けている高齢者に関する研究は、疾患による機能障害や痴呆等のある高齢者を対象としたものが多い。高齢者が家族から受けている介護状況については、ADLについての介護必要度を中心に、年齢、性別、要介護の期間といった高齢者の特性や、家族介護者の特性を分析したも

の<sup>17)</sup>が多い。さらに、これらの経時的変化を分析するため、特にターミナル期に焦点を当てた研究<sup>18)</sup>もある。

また、高齢者自身の主観的な認知については、身体障害や痴呆等のない高齢者を対象として、Lowtonのモラルスケールを用いて主観的幸福感を測定したもの<sup>19)</sup>や、Zungの自己評価式抑うつ尺度 (SDS) を用いて抑うつ状態を測定し、それらの得点と関連する要因について分析検討を行ったもの<sup>20) 21)</sup>があるが、介護を受けている高齢者を対象としたものは見あたらなかった。介護を受けている高齢者を対象にした研究としては、質的研究で、高齢者自身が家族から受けている介護状況についてどのように認識しているかについて分析したもの<sup>22)</sup>がある。また、介護と密接に関係する高齢者の日常生活行動の自立という側面について、深谷ら<sup>23)</sup>は、脳卒中後に片麻痺のある高齢者の心理的依存と関連する高齢者自身や介護者の特性との関連を分析しており、野口ら<sup>24)</sup>は、同様な障害のある高齢者が、能力として持っているADLと、実際に行っているADLを測定し、それらに影響する要因を、高齢者の役割や規範意識に焦点を当て、心理社会的要因を中心に分析している。

## IV. 研究方法

在宅で家族介護者によって行われている介護状況について、介護を受けている高齢者がどのようにとらえているかを分析するために、「家族介護者」「在宅被介護者」「受けている介護自体」の3つの視点を用いた。「家族介護者」は、介護の提供者としての家族であり、「在宅被介護者」は、家族の介護を受けながら生活している高齢者自身である。また、「在宅被介護者」が、「家族介護者」から受けている様々な世話の中で、介護と認識しているものを「受けている介護自体」としている。この関係に基づいて、【家族介護者】【介護を受けている自分自身】【受けている介護】についての高齢者の認識を明らかにできるように、独自に

インタビューガイドを作成した。

対象者については、パーキンソン病友の会より、高齢者自身への個別面接が可能であり、協力が得られる12名の紹介を受けた。これらの対象者に、研究者が家庭または利用施設や病院に訪問し、インタビューガイドを使用して個別面接調査を行った。さらに、ADLとIADLを評価する17項目からなる質問紙を用いて、対象者本人から日常生活の状況について聞き取った。面接の際には、対象者の許可を得た上で面接の内容をカセットテープに録音した。面接時間は、30～120分であった。データの分析は、インタビューの結果得られた内容をもとに、介護状況と思われる部分をカード化し、【家族介護者】【介護を受けている自分自身】【受けている介護】の3つの枠組みに基づいて、KJ法により分類し、カテゴリー化を行った。

## V. 結 果

### 1. 対象者の特性

対象者の年齢は平均71.2歳、男性6名、女性6名であり、診断からの年数は平均10.8年（3～20年）であった。また、12名中9名の主たる介護者は、配偶者であった。（表1）

ADLは、食事については全員が自立しており、入浴、更衣、起きあがり、移動、排泄についても介助が必要な対象者はそれぞれ2～3名であり、日常的な動作については、自立しているものが多かった。しかしIADLについては、電話や服薬は1名を除きほぼ自立しているものの、食事の準備を自分一人でしている者はおらず、軽い家事や買い物、外出といった手段的な動作についても自立しているものは対象者の3分の1程度であり、ADLに比してIADLの障害が目立つ傾向にあった。

### 2. 被介護者の介護に対する認識の構成要素

#### 1) 介護を受けている自分自身についての認識

介護を受けている自分自身についての認識は、自宅において、家族から介護を受けている自分自身をどのように感じているかであり、〔身体症状

の認知〕〔病気の受けとめ方〕〔日常生活における困難〕〔病気とつきあう〕〔現在の生活維持〕〔意欲〕の6カテゴリーから構成されている（表2）。各カテゴリー間の関係については、まずパーキンソン病により起こる症状に対しての患者本人の〔身体症状の認知〕があり、それと関連して、患者の情緒に影響する〔病気の受けとめ方〕がある。患者の日常生活においては、運動障害をはじめとする身体症状が原因となって、様々な〔日常生活における困難〕が生じる。〔病気とつきあう〕では、このような日常生活を営む上での困難に対して、患者独自の様々な対処が具体的な行動として示されている。さらに、そのような状況の中で、生活の縮小を余儀なくされながら、自分の生活を修正し維持していこうとする姿が〔現在の生活維持〕となっている。この中では、運動障害があっても自分の身の回りのことについて自立していたという〔意欲〕を持っている。

#### (1) 身体症状の認知

〔身体症状の認知〕は、身体が動かないという症状を自覚し、調子の良いときと悪いときが繰り返し起こるという状態を対象者が認識していることである。

#### (2) 病気の受けとめ方

〔病気の受けとめ方〕は、自分がパーキンソン病であることをどのように思っているかである。

#### (3) 日常生活における困難

〔日常生活における困難〕は、パーキンソン病により起こる身体の運動制限のため、日常生活において、様々な困難が生じている状態である。

#### (4) 病気とつきあう

〔病気とつきあう〕は、身体が動かないことが原因で起こる日常生活上の様々な不都合や不便に対して、対象者自身がどのように対処しようとしているのか、また、病気そのものに対しては、どのように自己管理しようとしているのかという病気を持った人としての生活への適応である。

表1 ケースの背景

ケース	年齢	性別	同居家族 主たる介護者	診断から の年数	生活の特 徴
1	73	女性	配偶者	15年	市街地にある自宅で、夫と二人暮らし。子どもは県外に居住。2, 3年くらい前から、家事に支障をきたすようになり、現在は夫が買い物や炊事等の家事を行っている。身の回りのことはほとんど一人で行えるが、衣服の着脱がやや困難である。
2	80	男性	配偶者	20年	新興住宅地の自宅で、妻と二人暮らし。子ども二人は県外に居住。自宅での日常生活においては、特に介助は必要としない。歩行がやや不安定であるため、外出が制限される。妻は、自宅で近所の子ども達にピアノを教えている。
3	75	男性	配偶者 息子 嫁 孫3人	3年	K市近郊の自宅で、配偶者、息子夫婦、孫と暮らしている。家族に囲まれて穏やかな生活を送っている。また、医療機関だけでなく、様々な社会資源を活用して現在の健康状態や社会とのつながりを維持しようとしている。日常生活はほぼ自立しているが、妻が健康管理に気をつけており、一緒に病気に対処している。
4	74	女性	娘	12年	自宅で未婚の娘と二人暮らし。娘は仕事をしているため、昼間は一人で過ごしている。ヘルパーは週に1回、ディサービスは週に2回利用している。自宅近くの畑へ行くことはあるが、炊事等は危険なので、娘がすべて行っている。
5	70	女性	配偶者	4年	市街地にある自宅で、夫と二人暮らし。近所に住んでいる家政婦に週に何日か来てもらっている。「いいところの奥さん」であったと家政婦は言っている。夫は、会社役員をやっているが、不慣れた家事に対しても、意欲的に取り組んでいる様子である。
6	67	女性	配偶者 娘	14年	農山村部にある自宅で、夫及び娘と暮らしている。夫は介護だけでなく家事その他の仕事を受け持ち家庭を支えている。病院のデイケアや訪問看護をうまく活用しながら生活しているが、交通が不便な土地柄のために通院に要する負担も大きい。また、夫は、自分のペースを保ちながら明るく介護を続けているが、日常生活の多くの部分に介護が必要であり、負担は大きいといえる。
7	68	男性	配偶者 息子 嫁 孫3人	13年	K市近郊の自宅で妻と二人暮らし。近くの新興住宅地にいる息子夫婦のところと、週の半分ずつ行き来している。動作や歩行が不安定であり、会話も不自由。日常生活全般に介助が必要である。夫婦とも教員をしていたが、病気のため定年前に退職した。
8	70	女性	一人暮らし	5年	市街地のアパートで一人暮らし。市内に息子夫婦、娘夫婦がいるが、いずれも共働きのため、身の回りのことはすべて自分で行っている。嫁や娘は時々買い物をしてきてくれるが、嫁に対しては遠慮があるようである。最近歩行障害のため、バスを利用できなくなって交通費がかさむこと等、経済的な不安がある。
9	71	男性	配偶者	4年	市街地の自宅で、夫婦二人暮らし。近所に住んでいる娘が毎日のように訪問している。日常生活はほとんど自立している。近所への外出以外は、夫婦で出かけている。高齢者教室などへ夫婦で参加したり、食事をしたりと楽しみを見つけ行動している。病気についても、夫婦で取り組んでいる。
10	65	女性	配偶者 娘	18年	農山村部にある自宅で夫、娘とともに暮らしている。夫は農林業をしており、娘も近くの施設で介護職員として働いているので、昼間は一人で過ごしている。週に1回娘のいる施設ディサービスを利用している。歩行障害があり、会話も不自由であるため、家事はほとんど娘が行っており、普段は家の中でテレビを見たりして過ごしている。
11	71	男性	配偶者 息子 嫁 孫2人	15年	K市近郊の住宅地で、妻と二人暮らしであるが、同じ敷地内に息子夫婦が住んでいる。日常生活はほとんど自力で行えるが、衣服の着脱や会話がやや不自由である。庭先で畑を作ることが楽しみである。
12	70	男性	配偶者 息子	7年	街地にある自宅で、妻及び息子と暮らしている。日常生活の多くに介護が必要であると共に、歩行障害がある。毎日の日課として、午前中は二人で病院のリハビリに通っている。妻は介護のためにパートをやめたことを残念に思っており、また自分自身の健康状態にも不安があるため、介護することに負担を感じている。

表2 介護を受けている自分自身についての  
カテゴリー

介護を受けている自分自身についての認識	カテゴリー	サブカテゴリー
	身体症状の認知	身体が動かない 調子の良いとき悪いとき 体力の低下 運動制限以外の症状
	病気の受けとめ方	思いがけないこと 情けない あきらめ 他の人にまかせる 一生のつきあい
	日常生活における困難	日常の動作が一部困難 時間がかかる 会話が不自由 意欲の減退 転倒の危険 公共交通機関が利用不可能 外出時の不安
	病気とつきあう	転倒への対処 便秘への対処 寝たきり予防 健康に良いこと 服薬の管理
	現在の生活維持	非活動的な日常生活 出かける場所の縮小 役割の譲渡 近所づきあいの変化 仕事に対する愛着 人との交わりの継続
	意欲	出来ることはしたい 一応の満足

## (5) 現在の生活維持

〔現在の生活維持〕は、日常生活における活動や役割の縮小の中で、非活動的な生活を送りながらも、場合によっては、その人なりの役割や活動の範囲を維持しようとしている姿である。

## (6) 意欲

〔意欲〕は、身体の状態を認識した上で、なお身の回りの出来ることは自分自身でしたいという前向きな姿勢である。

## 2) 家族介護者に対する認識

家族介護者に対する認識には、〔気づかい〕〔感謝〕〔不均衡な関係〕〔肯定的評価〕がある(表3)。  
〔気づかい〕〔感謝〕〔不均衡な関係〕は、被介護者が家族介護者との関係に対して抱いている情緒的な反応であり、〔肯定的評価〕は、自分が受けている介護に対しての主観的評価である。

表3 家族介護者についてのカテゴリー

家族介護者に対する認識	カテゴリー	サブカテゴリー
	気づかい	かわいそう 優しさ・思いやり
	感謝	ありがたい
	不均衡な関係	すまない 遠慮 依存
	肯定的評価	全部やってくれる ちゃんとやってくれる まあまあ満足

## (1) 気づかい

〔気づかい〕は、家族介護者のことを思いやる気持ちや、その気持ちから起こる対象者の行動である。

## (2) 感謝

〔感謝〕は、介護されていることをありがたいと思う、家族介護者に感謝する感情である。

## (3) 不均衡な関係

〔不均衡な関係〕は、対象者と家族介護者との心情的な関係において、対象者が家族介護者に対して相対的に低い位置に自分自身を置いている状況である。

## (4) 肯定的評価

〔肯定的評価〕は、家族介護者の行っている介護に対する対象者の主観的な評価である。

## VI. 考 察

## 1. 各カテゴリーの特徴

## 1) 病気に対する認識(身体症状の認知・病気

の受けとめ方)

パーキンソン病の身体症状は、運動症状と自律神経症状、および精神症状に分類できる。これらの症状の中で、自分自身で認知しやすく、また調子の良い悪いの指標にもしやすいのが運動症状である。パーキンソン病の4主徴は、振戦、固縮、寡動、姿勢反射機能障害であるが、この中で日常生活において特に困難を感じるものが、自分の意志通りに体が動かなくなる寡動であると言われる。寡動には、運動(動作)が乏しく全体にあらゆる運動が緩慢かつ困難となる陰性症状と、動作開始に時間がかかる異常な陽性現象(すくみ現象)がある<sup>25)</sup>。対象者の多くは、自分の意志通りに体を動かせない苦痛を感じており、「体が動かないのがいちばんつらい。」(ケースNo. 2, 4, 7, 10), 「動きたい気持ちはあるが、体がついてこない。」(No. 2, 10)という訴えがある。しかも、パーキンソン病の症状が急激に悪化または軽快する on-off 現象が加わるので、自分で体を思い通りに操ることはいっそう困難になると思われる。

また、パーキンソン病が慢性進行性の疾患であるという特徴から、この疾患に罹患した患者には心理的葛藤や不安が生じるであろうことは容易に想像できる。患者は徐々に進行する運動障害によって寝たきりになるのではという不安、服薬管理や経済的問題に関する不安、社会的役割の変更や喪失に対する不安など、将来に対する不安を強く抱き、抑うつ傾向になりがちであると述べられている<sup>26)</sup>。対象者の中にも「これほどいやな病気はないと思った。今でも、しまった、やられたように思います。」(No. 5)というように、パーキンソン病にかかったことを、非常に衝撃的にとらえている者や、「手伝ってもらっている時は、情けない思いです。自分が……」(No. 6)と介護を受けている自分自身に対する否定的な感情を抱いたり、「もうあきらめていますから。」(No. 11)と完治することなく病状が進行していく病気そのものや、介護が必要なことにあきらめの感情を抱いている者がいた。

Anselm L. Strauss<sup>27)</sup> は、慢性疾患の患者やその介護者が直面する問題を考察するために、“病みの軌跡 (illness trajectory)” という概念を提示し、「この概念は、疾患の生理学的展開だけでなく、疾患コース全体にわたって行われる仕事の“総合的編成 (total organization)”、そして、仕事やその編成に携わっている人々への“影響 (impact)”をも意味する」としている。パーキンソン病の経過の特徴として、慢性進行性ではあるが、その進行速度の個人差や on-off 現象のような変化のために、“病みの軌跡”が予測困難で不明確であり、その点で患者や介護者に多くの困難を生じさせている。Strauss も、「病者の社会的対応態勢の効率性は病みの軌跡の予測可能性と密接に関係しているので、この問題は非常に重要である」としている。つまり、パーキンソン病患者やその介護者は、介護のための広範囲で複雑な調整を必要とする家庭において、病みの軌跡の管理と方向付けを実行しているわけである。

また、パーキンソン病に罹患した患者の場合は、罹患初期の受容に加えて病状の進行に伴う容姿の変化や運動障害の進行、排泄障害等の自律神経症状の出現等、経過が長くなるに従い否定的な自己意識をもつ要素が多く存在する。対象者の中には、「もうこれが一生のつきあいだと思いよる。」(No. 9)と、病気と今後ずっとつきあっていこうという姿勢の者もみられたが、一方、「病気のことは、どうしようもないので、考えないようにしている。」(No. 12)というように、病気であることは一応受け入れながら、それを深く追求することは避けて、医師や家族にすべてまかせているという依存的な態度を示す者もあり、同じような病気の進行状態であっても病気に対する認識には差があり、“病みの軌跡”の多様性が示唆された。

2) 病気への対処(日常生活における困難・病気とつきあう・現在の生活維持)

パーキンソン病の主要な症状である振戦、固縮、寡動、姿勢機能障害などは、基本動作や歩行など各種の生活動作の障害を招く。さらに、構音障害

によるコミュニケーション障害が加わると、日常生活においてより多くの困難が生じる。パーキンソン病の運動症状の中で、患者が特に困難を感じることは、運動が緩慢になることであると言われている。対象者の中にも、起きあがりのような比較的大きな動作の障害から、「カッターシャツのボタンのところがなかなかとまらんです。」(No.3), 「不便なことは手先の細かいことで、買い物もどうしてもいけません。」(No.1) のように細かな動きの障害を訴えるものまで、様々なレベルの障害とそのために何をするにも時間がかかるという訴えが多かった。また、運動障害に起因する転倒や転落の危険、さらに外出時にこれらの危険が予測されて不安が大きく、行動や交通手段が制限されるという現状もあった。

このようにパーキンソン病によって起こる生活の困難の中で、対象者は自分なりの対処を行っていた。対処は、脅威によって引き起こされたある傾向性をもった行為とされ、Lazarus<sup>28)</sup>によると、対処には1) 問題中心型の対処 *problem-focused forms of coping* と、2) 情動中心型の対処 *emotion-focused forms of coping* の2つの機能があるとされる。対象者の対処行動は、転倒の危険に対して、様々な場所での転倒防止に気を配ったり、自分で身体の調子を確かめたりする行動や、頑固な便秘に対して、野菜や水分を多く摂取するといった自分なりに何らかの対処をしているような行動と、病気の進行に伴って増強する運動障害に対して、出来るだけ進行を遅らせるように体力をつけ、体調を整えようとする予防的な行動があり、いずれも問題中心型の対処行動となっていた。

このように、対象者は病気によっておこる様々な困難に対して対処しようとしているが、病状の進行や加齢現象が加わって、次第に活動の縮小を余儀なくされる。「今、テレビを見るのが一番の楽しみ。」(No.9), と家の中で過ごすことが多く、活動量が少ない生活を送っている状態や、「リハビリ以外、通う場所がなくなっているからねえ。」(No.9) というように活動の範囲の減少が語られて

いた。また、家庭の中や地域社会での役割を他のメンバーに譲り、自分は引退している者が多く、それが人間関係の縮小につながっている。しかしそのような中でも、仕事への愛着を示したり、学習会や友人との語らいに楽しみを見いだしたり(No.3) と、新たな状況を生みだし維持していこうとする活動があり、これは、対処が「その人のもつ資源に重い負担をかけるものとして評価 (appraised) された特定の内的・外的要因 (demands) を処理 (manage) しようとする絶え間なく変化する認知的、行動的努力 (efforts) である」<sup>28)</sup> と定義されていることから推察できる。

### 3) 意欲

これは、「自分一人のことはやらないかんと思って、できることはしなければいけないと思ってやりよります。」(No.4, 5) というように、出来ることはしたいというADLを中心とする生活行動の自立への意欲と、「今の生活で満足。ここが困るということはない。」(No.11) という現状への主観的評価から構成されている。自立について、木下<sup>29)</sup> は、「人に迷惑をかけない」という日本的自立を端的に表した言葉で、アメリカ人にとっての自立との違いを説明しており、日本人にとっては、他者との関係性において状態として自立していることに意味があるとしている。従って〈出来ることはしたい〉という意欲は、生活行動という限定された範囲ではあるが、「人の手を借りると、介護者の行動を規制し、結果的に介護者に迷惑がかかる」という日本人的な発想から、他の人の介助を受けることを潔しとしない態度があるものと思われる。

### 4) 介護者に対する心づかい (気づかい・感謝)

慢性疾患の患者を家庭で介護している家族は、家族の一員としての家庭運営の仕事に加えて、被介護者の療養上の仕事加わる。気づかいは、このような過重な負担を負っている介護者の状況を認識した上で、介護者を一人の家族として見たときに生じてくる感情や行動である。ここには、独身の娘1人で母親を介護しているケース (No.4)

が、介護者である娘の自由が制限され、身体的にも負担をかけるので「娘がかわいそう」と繰り返し、母親としての立場からの苦しい心情を訴えたり、被介護者である夫が、妻が自分の介護に加えて家業や家事をこなしている状況を見て、妻の身を案じているケース等、介護を受けているという状況ではあるが、介護者に対して家族としての情緒的な人間関係を継続していこうとする姿勢が見られる。

また、感謝は、対象者自身の要求や状況に対して家族が何らかの働きかけをしており、そのことに対して満足し、感謝の念を抱いていることである。「それはもう、ありがたいと思います。」(No. 8), 「感謝の念です。それ一つです。」(No. 3), 「いままでのしきたりがずっと続いている状態だから、特に感謝感激ということでもない。」(No. 2) と、「ありがたい」という表現に多少のニュアンスの違いはあるが、感謝という気持ちは共通している。これは、病気になっても家庭で介護を受けたいとする高齢者の一般的な希望に反して、病院や施設で介護されることが多い現状に比べて、自分の状況が満足するべきものに近いと認識しているのかもしれない。家庭で介護を受けている高齢者の認識について分析した長畑の研究<sup>22)</sup>によると、介護に対する肯定的な認識の中に「介護を受けるのは当然」「長男夫婦が介護をするのは当たり前」というものがあつた。これは、長畑の研究では介護者が子ども世代である者が多いこと、被介護者の平均年齢が我々の研究の対象者よりも高く、子どもが年老いた親の世話をするのが当然という社会規範を持っているためであると考えられる。一方、本研究の対象者は、平均年齢が71.2歳であり、介護者には配偶者の割合が高いことから、同世代の者から介護されている状況について、相手を思いやる気持ちが生じてくると思われる。

Strauss<sup>30)</sup> は、配偶者が病気の伴侶のために行うもっとも重要な仕事が“心理的 (psychological)”仕事であるとした上で、病者の側も厳しい状況の中で懸命に頑張っている配偶者のために心理的仕

事をしており、お互いに支え合っているのも、心理的仕事は意識的に相互交流化 (reciprocal) されていると述べている。また、こうした気づかいは患者に秘密にされがちであるとも述べられている。特に日本人の夫婦の場合には、一般的に自分の感情を明確に言語化しないコミュニケーション上の特徴があるとされる。しかし、インタビューの際に、被介護者が「口には出さないけれど、感謝している」と述べたり、介護者である妻の健康を案じるような気持ちを表明したことは、心理的な仕事が意識化されており、第三者である面接者に対しては自分の状況を表現できたためと考えられる。

#### 5) 不均衡な関係

木下<sup>31)</sup> は、介護状況における人間の関係性を「儀礼的關係」と「三者關係」という2つの概念を用いてとらえている。「儀礼的關係」とは、人間の関係性の豊かさが極小化したときの関係のあり方と定義されており、ダイナミズムの排除、逃げられない状況、感情交流の極小化、介護する者とされる者との奇妙な心理的共鳴作用という点で特徴づけられている。本研究の対象者は、身体の機能的障害は軽度あるいは中程度の者が多く、症状が進行した対象者でも自力で立つことや歩くことはどうにか可能であった。従って、密室的な介護状況には至っておらず、対象者は家族介護者以外の者との交流の機会があり、対象者と家族介護者の関係は、ケアをする—されるという儀礼的關係のみに陥ってはいなかった。また、配偶者が介護をしているケースが、12人中9人と非常に多かった。これらのケースでは、現在までの夫婦間の関係が、現在の人間関係に何らかの影響を与えているとも考えられる。しかし、対象者と家族介護者の自由な関係性があるわけではなく、それは介護が介護者の負担となっている状況に対して、申し訳ないと介護者に詫げる感情や、介護者である嫁に対する遠慮から自分の要求を全部言えない状況、また運動制限が高度なケースの場合は、用があるときはすべて介護者を呼んで手助けをしてもらう



という状況が繰り返されており、介護者への依存状態が生まれていると家族介護者が評価しているケース (No. 7, 10) 等、対象者は家族介護者に対して相対的に低い位置に自分を置いて人間関係を維持しようとしており、家族介護者に対して謝罪、遠慮、依存という態度をとっている。これは、先述のように、「人に迷惑をかけない」ということが日本的自立の条件であるとされていることから、家庭で介護を受けている対象者は家族介護者に、何らかの迷惑をかけていると認識しており、そのために自分自身を自立した存在であるとみなし難いためであろう。

#### 6) 肯定的評価

対象者は、自分が受けている介護に対して肯定的評価をしているが、その内容は大きく2つに分けることが出来る。1つは、「かゆいところに手が届くというような感じ。もうそれこそ全部やってくれますから。」(No. 3) という全面的な肯定的評価であり、他方は「食事の用意もちゃんとしてくれます。」(No. 4) とか、「特に満足ということもないけれど、不満ということもない。まあまあです。」(No. 2) という一応の肯定的評価である。

〈ちゃんとやってくれる〉については、家族介護者が第三者からみて期待されているだけの内容を遂行しているという状況であるが、主体を被介護者に置いた場合、その満足度がどの程度であるのかは述べられていない。このように、評価の主体を被介護者自身ではなく、介護者に置き換えていることは、前述のように日本人は、個人としての自立ではなく、他者との関係性の維持に価値を置くという特質に関係すると同時に、介護者と被介護者の心情的なつながりが強く、「心理的な仕事」が相互交流化」されているためとも考えられる。

## 2. 在宅介護支援の方策

### 1) 家族の相互性を高めるケア

対象者の家族介護者に対する認識の分析結果より、「介護者と被介護者の心情的なつながりが強く、お互いに支え合っている。」という家族関係

がみられたり、介護者から受けている介護について、「家族の情緒的サポートを充分認識し、励みにしている。また、家族は、ケアしあっている中で、苦痛や不安を共有すると共に、一緒に気分転換し、楽しみや安らぎをも共有している。」という家族の情緒的機能や家族単位のレクリエーション・社会的相互作用という生活活動の体験が明らかになった。野嶋<sup>32)</sup>は、家族の機能として、1. 情緒機能、2. 社会化機能、3. 生殖機能、4. 経済的機能、5. 保健機能を持っているとし、その中の情緒的機能は、家族の最も基本的な機能であり、社会的なサービスの発達によって代替えることのできない家族にしか果たせない重要なものとしている。また、パーキンソン病患者を家庭で介護している家族を対象とした我々の研究<sup>33)</sup>においても、介護に対する家族介護者の否定的な反応を緩和したり、肯定的な反応を増強できる可能性のあるものとして、家族介護者と被介護者の相互性が示唆されている。我々は、相互性を「互恵性、愛情、楽しみの共有、価値観の共有を基礎とした、介護者と介護を受けている老人との人間関係の質」と定義しており、介護者と被介護者の関係性が良ければ良いほど、いくつかの介護活動において介護者が感じる困難さが少なくなっていた。この結果は、家族介護に専門職が関わる場合に、ケアを提供する単位として患者と介護者(家族)を一つの単位と考えてケアすることの重要性を示している。つまり、家族同士が、情緒的なつながりが強く、楽しみを共有したり、被介護者が介護者に抱いている気づかいや感謝といった心づかいや、肯定的な評価を介護者が認知できるようにすることが、家族の相互性を高め、家族の機能を強化することになると考えられる。

先述の我々の研究においては、介護者の介護活動の量が多いほど、介護者は介護の困難さを多く感じていたが、同時に介護を通じて得られる報酬も多く感じているという傾向があった。これらのことから、介護者役割を担っている家族介護者の負担を軽減するために、直接的な介護サービスの

提供という支援も重要であるが、さらに介護者と被介護者の関係性の質に関するアセスメントを行い、家族の機能を強めたり、家族相互の交流を促すような働きかけが重要であると考えられる。

## 2) 予防的な対応策の重要性

対象者は、〈介護を受けている自分自身についての認識〉の中で、様々な〔身体症状の認知〕をもとに、日常の動作の不自由さ、時間がかかる、転倒の危険、外出における不安や不可能などの〔日常生活における困難〕を感じながら、それに対処するために、病気に起因する問題に対処する行動と、病気の進行に伴って増強する運動障害に対して、進行を遅らせるように体力をつけ、体調を整えようとする予防的な行動をとっていることを認識していた。同様に、活動内容や範囲、他の人との関わりが縮小している自分の生活について、新たな状況を生みだし、現状を維持しようとしていることも認識していた。つまり、地域の中で自立して生活していくことに困難さを感じながらも、病気に起因する健康問題に対して、一次予防的行動（健康増進）、二次予防的行動（早期発見と治療、重症化防止）で対処し、現在の生活をできるだけ維持するために、三次予防的な行動（リハビリテーション）をとって健康な自分の力を生かして生活していると考えられる。

また対象者は、「身体的自立」（ADL）は比較的保たれているが、「手段的自立」つまり、地域で自立した生活を送っていく上で、不可欠な活動能力（IADL）が障害されている傾向にあった。ADLとIADLとの関係は古谷野<sup>34)</sup>によって、(1)ADLの障害を有する者はIADLの障害を併せ持つ傾向にあること、(2)生命予後との関連において、IADLのみの障害を有するものが、ADLの障害を有するものといずれの障害ももたない者の中間に位置すること、(3)IADLの障害を有しADLの障害を持たない老人の相当数が、2年以内にADLの障害を持つに至ること、が示されている。また石橋ら<sup>35)</sup>は、ADLとIADLの連続性を示唆すると共に、IADLの障害のみを有する者を、放置すると

重介護を要する状態に移行しやすいことを明らかにしている。つまり、IADLの障害のみを有し、ADLの障害を持たない高齢者は、生活機能の変化、すなわち障害の進行とADL障害の発生を高率で経験しやすい“ボーダーライン層”である。今回の調査対象者も、この“ボーダーライン層”であり、保健福祉サービスの重要な対象者であると考えられる。

以上のように、客観的介護必要度を示す指標から、予防的な対応策の必要性が示唆され、また主観的な要素である、自分自身についての認識からも、予防的な活動をしている自分を認識していることが示されていた。対象者は、予防的行動の重要性を認識し、病気とつきあいながら身体的健康状態を維持し、増進させる行動をとったり、自分の持っている力を最大限に生かして、生活を維持したり、再構築していると考えられる。このような人々に対しては、IADL障害のために生じた生活機能の低下や不足を補足するための代行的なサービスを提供するケアシステムだけでなく、現在の生活機能の障害を改善し、その人が持っている活動能力を維持すると共に、さらなる障害や健康問題を防止するという予防的なサービスを提供することが必要であると考えられる。また、対象者への個別的な関わりにおいては、患者の取り組みを支え、強化していくというケア提供方法が重要である。

予防という概念は、「高齢者の自立支援」という新介護システムの基本理念を支える考え方の一つとして、「予防とリハビリテーションの重視」が掲げられ、介護保険でも「予防給付」が設置されるなど、注目されているキーワードである。福祉の領域においても、「高齢者介護・自立支援システム研究会報告書」<sup>36)</sup>の中では、「予防重視の考え方」として、(1)若い頃からの健康管理や、疾患の予防や治療に関する研究の推進、(2)介護サービスが必要なときには、迅速かつ簡単な手続きによりサービスを利用できる体制、(3)実際の介護ケアにあたって、次に起こりうる事態を予測し、それ

を防ぐための予防的な対処を行うことの重要性、が示されている。さらに、予防的なケアは、高齢者の「生活の質」の向上とコスト（労力と社会的費用）削減へ貢献するとしており、予防の考え方を提示すると共に、その社会的重要性を示している。このように、予防は、新しい介護提供システムの中では、基本理念として、マクロの視点でのシステム構築から、直接的な対象者への介護提供方法のレベルまでの様々な段階で、生かされようとしている。従って、保健医療福祉各領域が、予防という共通の対策のもとに質の高い、効率的なケアを提供するためには、高齢者への対策という視点だけでなく、疾病と障害を持った患者という視点を加えて、新しい介護システムの中で、それぞれの領域が持つ特長や強みをさらに充実させ、統合されたケア提供システムを構築していくことがますます重要になると考えられる。

## VII. おわりに

今回の研究は、対象者が12名と少なく、また個別面接が可能という前提で患者会から紹介を受けたため、家族介護が一応うまくいっていると思われるケースが多く、コミュニケーションをはじめ、疾患による障害が比較的軽い対象者が多かった。さらに、家族介護者の75%が配偶者であったこと、主たる介護者の中に嫁がいなかったこと等も、他の研究と比較すると、本研究に特徴的な背景であり、このことが受けている介護や家族介護者についての認識に影響を及ぼしていることも考えられる。従って、今回の結果を一般化することは出来ないが、【介護を受けている自分自身】【家族介護者】についての認識の分析結果から、①介護を受けている者への個別的なケア、②家族を対象としたケア、③介護の全体的な状況を含めてのケアについての示唆が得られ、今後、有効なケアシステムを構築していく上での資料となると思われる。

尚、この研究は平成8・9年度科学研究「在宅高齢者の家族介護状況の経年的分析」の一部とし

て行ったものである。

## 引用文献

- 1) 露木敏子：東京都における在宅痴呆性高齢者の介護の現状と課題（第2報）、保健婦雑誌、49(2), p134-146, 1993.
- 2) 入江晶子・松田順子：在宅要介護老人を介護する介護者の抱える問題、名古屋大学医療技術短期大学部紀要、5, p1-12, 1993.
- 3) 朝田隆他：痴呆患者に対する介護者よりみた基本的介護状況評価票（ABCD）の作成、日本公衆衛生雑誌、41(29), p15-112, 1994.
- 4) 佐藤玲子他：都市在住の後期高齢者の健康状態と介護状況の分析、聖路加看護大学紀要、21, p1-12, 1995.
- 5) 野川とも江他：在宅呆け老人の6年後の生存者の変化と生活・介護状況の検討、埼玉県立衛生短大紀要、17, p55-65, 1992.
- 6) 上田照子他：在宅要介護老人の介護環境と生命予後との関連についての追跡的研究、日本公衆衛生雑誌、43(7), p563-569, 1996.
- 7) 中谷陽明：在宅障害老人を介護する家族の“燃えつき” - “Maslach Burnout Inventory” 適用の試み、社会老年学、36, p15-26, 1992.
- 8) 横山美江：在宅要介護老人の介護者における蓄積的疲労徴候と介護環境要因、日本看護研究学会雑誌、16(3), p23-31, 1993.
- 9) 神田清子他：在宅要介護老人の介護者の抑うつ度と負担度の関連に関する研究、日本看護学会誌、3(1), p28-37, 1994.
- 10) 中谷陽明・東條光雄：家族介護者の受ける負担 - 負担感の測定と要因分析、老年社会学、29, p27-36, 1988.
- 11) 成木弘子他：後期高齢者の主介護者における介護負担軽減に関する研究 - 主観的な介護負担感を構成する要素の検討、聖路加看護大学紀要、22, p1-13, 1996.
- 12) 大塚さく子他：在宅要介護老人の実態と介護体験

- の社会化意識調査, 第25回日本看護学会集録 (地域看護), p115-117, 1994.
- 13) 筒井孝子・新田収: 在宅高齢者に対する介護者の主観的負担と介護継続意志に関連する要因の検討, 総合リハビリテーション, 21(2), p129-134, 1993.
  - 14) 太田喜久子: 老人をケアする家族への看護の機能と研究, 日本看護科学会誌, 14(3), p32-33, 1994.
  - 15) 高橋学他: 高齢者介護の介護負担に関する研究 (その2) - 介護負担と互酬性, 第45回日本社会福祉学会大会誌, p322-323, 1997.
  - 16) 田中荘司: 老人虐待の調査結果からみえてきたもの, 保健婦雑誌, 51(7), p517-523, 1995.
  - 17) 中村 久: 在宅要介護老人の実態, 公衆衛生, 57(7), p456-459, 1993.
  - 18) 北川公子他: 在宅痴呆性老人の死亡前1年間における居所の移動, 看護研究, 27(1), p21-32, 1994.
  - 19) 佐藤秀紀・中嶋和夫: 高齢者の主観的幸福感を規定する要因の検討, 社会福祉学, 55 (37-2), p1-15, 1996.
  - 20) 山下一也他: 社会的活動性の異なる健常老人の主観的幸福感と抑うつ症状, 日本老年医学会雑誌, 30(8), p693-697, 1993.
  - 21) 太田紀久子: 在宅健康老人の抑うつ度とその関連要因についての研究, 群馬大学医療短大紀要, 14, p39-43, 1993.
  - 22) 長畑多代: 在宅後期高齢者の家族から受けている介護にかかわる認識, 大阪府立看護大学紀要, 2(1), p65-75, 1996.
  - 23) 深谷安子他: 在宅脳卒中片麻痺老人の依存に関する要因分析, 神奈川県立衛生短大紀要, 25, p11-16, 1992.
  - 24) 野口多恵子・深谷安子: 要介護老人の「できるADL」と「しているADL」の差に影響する心理・社会的要因について, 日本看護科学会誌, 15(2), p49-57, 1995.
  - 25) 奥宮暁子・阿部篤子: 生活の再構築を必要とする人の看護, p51, 中央法規出版, 1996.
  - 26) 奥宮暁子・阿部篤子: 前掲書, p53.
  - 27) Anselm L. Strauss etc.: Chronic Illness and the Quality of Life. 2nd ed. (南裕子監訳: 慢性疾患を生きる - ケアとクオリティ・ライフの接点 -, p83, 医学書院, 1994.)
  - 28) 中西睦子他: 対処 (cooping) に関する研究: 文献概観, 看護研究, Vol.21, No.3, p3, 1988.
  - 29) 木下康仁: 老人ケアの社会学, p43, 医学書院, 1994.
  - 30) Anselm L. Strauss: 前掲書, p137.
  - 31) 木下康仁: 前掲書, p134.
  - 32) Marilyn M. Friedman: Family Nursing - Theory and Assessment - (野嶋佐由美監訳: 家族看護学 - 理論とアセスメント, p71-77, へるす出版, 1993.)
  - 33) 井上郁他: パーキンソン病患者を家庭で介護している家族の現状, 高知女子大学学会誌, 23(1), p17-28, 1998.
  - 34) 古谷野亘: 地域老人における手段的ADL, 社会老年学, No.33, p56-67, 1991.
  - 35) 石橋智昭他: ADL/IADLからみた日常生活自立度判定基準, 老年社会科学, Vol.20, No.1, p42-49, 1998.
  - 36) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修: 新たな高齢者介護システムの構築を目指して ~ 高齢者介護・自立支援システム研究会報告書 ~, ぎょうせい, 1995.